

Чур Н.Н.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ФЛЕГМОНАХ СТОПЫ

/ Минск /

Флегмоны стопы различной локализации при сахарном диабете могут быть результатом распространения процессов, исходящих из пальцев, но в значительной части случаев источником инфекции являются непосредственно раны стопы различного генеза. Клиническое течение этой формы при наиболее частой подошвенной локализации характеризуется отсутствием выраженных симптомов воспаления. Отек тканей на подошвенной поверхности может не выявляться из-за особенностей анатомического строения. Резко утолщенная кожа, нарушение процессов микроциркуляции и наличие неклостридиальной анаэробной флоры обуславливает отсутствие гиперемии. Отсутствие выраженного болевого синдрома объясняется диабетической нейропатией. Температурная реакция также бывает незначительной, так как помимо сниженной реактивности у больных сахарным диабетом нарушаются процессы резорбции из очага воспаления по причине недостаточности микроциркуляции.

Наиболее значительным клиническим признаком прогрессирующего гнойного процесса на стопе является отсутствие тенденции к снижению сахара крови на фоне проводимого противодиабетического лечения. Исходом флегмон стопы являются распространение гнойно-некротического процесса на голени (чаще по ходу сухожилий первого пальца стопы) и вовлечение всех тканей стопы с быстро прогрессирующим некрозом (влажная гангрена стопы).

За последние 7 лет в центре лечилось 75 человек (21,2%) с гнойно-некротическими флегмонами, причем в 1-ой группе было 39, а во 2-ой - 36. Все больные были оперированы после кратковременной подготовки в первые двое суток. В 1-й (контрольной группе) 9-ти больным сразу были выполнены высокие ампутации, а у 30-ти (76,9%) - производилось вскрытие флегмон, лечение которых в 8-ми случаях (20,5%) закончилось высокой ампутацией. Всего в группе выполнено 17 ампутаций нижних конечностей (43,5%).

Во второй группе всем 36-ти больным было выполнено широкое вскрытие гнойно-некротического очага с обязательным рассечением апоневроза при локализации процесса в подошвенных пространствах. У 18-ти из них (50%) одновременно удалены 1 или 2 пальца вместе с дистальными головками плюсневых костей. Из 18-ти больных, которым были оставлены пальцы при первичной ампутации, у 8-ми в последующем произведена ампутация в связи с развившимся после операции некро-

зом. После тщательного иссечения некроза до кровоточащих тканей на раны накладывали повязки с антисептическими водорастворимыми мазями. Во всех случаях раны велись открыто без применения вторичных швов. При поперечном распространении гнойно-некротического процесса на стопе с вовлечением межпальцевых промежутков удалялись все пальцы с дистальными головками плюсневых костей. В последующем закрытие выполненной грануляциями раны производили с помощью аутодермопластики. Следует отметить, что на каком бы уровне не приходилось нам производить широкую поперечную некрэктомию, мы избегали вычленения костей стопы, после которого резко ухудшаются условия заполнения раны грануляциями и возникают проблемы окончательного заполнения раны. Повторно оперировано 8 больных, причем у 4-х при повторной операции ограничились дополнительной некрэктомией или удалением дистальных участков стопы, подвергшихся некрозу после первой операции. Лишь у 4-х больных (11,1%) при прогрессировании процесса мы вынуждены были произвести высокую ампутацию конечности.

Всего при гнойно-некротических флегмонах стопы на фоне сахарного диабета произведено 21 высокая ампутация (1-я группа - 17 (43,5%). 2-ая группа - 4 (11,1%).

Анализируя случаи ампутации голени и бедра при повторных операциях, мы пришли к выводу о необходимости учета прогностически неблагоприятных факторов, независимо от ситуации на первой операции, иллюзорно внушающей надежды на благоприятный исход. К числу неблагоприятных прогностических факторов можно отнести деструкцию пяточной кости, которая чаще поражается со стороны голени и ахиллова сухожилия, а также костную деструкцию предплюсневых и проксимальных головок плюсневых костей.

Таким образом, активная хирургическая тактика при диабетической стопе позволяет улучшить результаты лечения. Объем и характер операции определяются дифференцированным подходом в зависимости от преобладания поражения магистральных сосудов или микроциркуляторного звена, а также выраженности гнойно-воспалительного процесса. При дифференцированной тактике хирургического лечения больных с диабетической стопой решающим принципом должно быть не только сохранение опоры конечности, но и обеспечение качества жизни больного.